MULTIPLE DEPENDENT CLAIM FEE CALCULATION SHEET

SERIAL NO.

10/ 590 818

APPLICANT(S)

FILING DATE

(FOR USE WITH FORM PTO-875)

	1		AF	TER	A To	TER								
	AS FILED		1"AMENDMENT		AFTER 2 "AMENDMENT			ļ	AS FILED		AFTER 1"AMENDMENT		AFTI 2 nd AMEND	
1	INI	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.			IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	
2	 	-	 			·		51						┯
3		- 1	 					<u>52</u>						1
4		1						53						
5								5 <u>4</u> 55						
6	·							56						
7	<u></u>							57						_
8 9								58						_
0								59		***************************************		····		
1		111						50				·		
2		17	<u></u>					51						
13		1						52						
4		1						63						
5								54		<u> </u>				
6								5						
7		1						7						
9								8						
0		- 4						9				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		·
1		- - - 						0				·.		
2	 ,						7							
3		17						2				·		
4							7							
5							7	5				•		
6	·						7							
8		1					7				727			
9	,	17/					7							
0	1						7)						-
1		1					. 8							
2		17					8.							
3							82							
4							83							
5		1			7		85		7-11-1					
6		1				1	86							
7							87							
5		 		<u> </u>			88							 .
	,	7'		-			. 89							
	1						.90							
		1					91	_ -						
							92							
		/, [93 94							
						7 - 3 Y	95							
-							96	_ _						
							97			7	-			
-							98							
							99							
1	2	700					100							•
4	2	•		₩			TOTALIND.							
4	7	4	4	1 7			TOTAL	-		—		▼ L		1
1/6	X	· County of the	-		•		DEP.		4		4		377	
14	5						TOTAL	_	53		I S S		Same	N SST
							CLAIM							